

Wiederaufnahme einer Blanko-Verordnung		
Personalien der oder des Versicherten Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____ Versicherten-Nr. _____	Verordnungsdatum: _____ Diagnosegruppe EX ICD-10 Code: _____ Rechnungsnummer der bereits abgerechneten Blanko-Verordnung: _____	
Heilmittelverordnung 13: Empfangsbestätigung bei Wiederaufnahme einer Blanko-Verordnung		
Datum:	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungserbringer, dass es sich um ein Rezidiv handelt, welches eine Wiederaufnahme der o.g. Blankoverordnung innerhalb des Gültigkeitszeitraums von 16 Wochen erforderlich macht.		
_____ Datum _____ IK des Leistungserbringers	_____ Unterschrift des Leistungserbringers und Praxisstempel	